Cable Medical Librar

Zur Kenntnis der Dauerresultate der Alexanderschen Operation.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung

der Hohen Medizinischen Fakultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Sonnabend, den 15. Dezember 1900,

Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Alfred Wieland,

prakt. Arzt aus Angermünde.

Opponenten:

Dr. Otto Mennicke, Kreiswundarzt Grimmen.

Drd. Wilhelm Schroetter, Arzt.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1900.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154012_0022

Seit Jahrzehnten hat die Behandlung der Retrodeviatio uteri das Interesse der Gynäkologen in hohem Masse gefesselt. E. Martin, Schultze, Hodge, Thomas, F. v. Winkel, Schroeder, Olshausen versuchten zuerst durch Pessare dem retroflektierten Uterus seine normale Lage wiederzugeben. In der Mehrzahl der Fälle gelang es ihnen nicht eine Dauerheilung zu erzielen.

Sänger stellte fest, dass eine absolute Dauerheilung nur in 25% bei mit Pessaren behandelten Frauen eingetreten war.

In seinem Vortrage „Ueber die definitive Heilung der gewöhnlichsten Form von Rückwärtslagerung der Gebärmutter", gehalten, am 10. Januar 1882 in der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie zu Berlin, berichtet Löhlein über 240 Fälle von Pessarbehandlung bei Retroflexio. Von diesen konnten 56 längere Zeit beobachtet werden. Völlig geheilt wurden nur 4, gebessert 15.

Mundé konnte 895 Lageveränderungen der Gebärmutter verzeichnen. Seine Erfolge bei der Pessarbehandlung bringen ihn zu dem Urteil, dass Pessarien Heilung nur selten zustande bringen.

Der Grund für die Misserfolge dieser Therapie beruht meist auf Verwachsungen des Uterus mit der Nachbarschaft, Adnexerkrankungen, Complication der Retroflexi mit Prolaps.

Perimetritische Adhaesionen können den Uterus so in seiner abnormen Lage fixieren, dass es nicht gelingt ihn wieder aufzurichten.

Schultze versuchte es, die Verwachsung mittelst der Thure-Brandtschen Massage zu lösen. Solche Versuche sind häufig von Erfolg gekrönt. Allerdings müssen unbestritten einige Bedenken gegen die Massage als berechtigt anerkannt werden, wenn man in Betracht zieht, dass sie auf einem Gebiete vorgenommen wird, das dem sehenden Auge nicht zugängig ist.

Ferner sind die Verwachsungen mitunter garnicht zu fühlen.

Endlich hat eine andauernde Massage, wie sie doch sehr häufig nötig ist, oft sehr unangenehme Folgen für das Schamgefühl und die Psyche des Weibes.

Die Behandlung der Retroflexio mit Pessaren bei bestehendem Prolapse macht die Dauerheilung in vielen Fällen nur um so problematischer.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass ein Pessar von nicht wenigen Patienten nicht vertragen wird. Entzündliche Reizungen der Scheide, Druck auf die Beckenorgane verursachen Schmerzen; Druck auf Blase und Mastdarm machen Harn- und Stuhlbeschwerden; ja es kann die Scheide überhaupt so kurz und eng sein, dass ein Pessar überhaupt keinen Halt findet.

Alles dies lässt erkennen, dass eine Dauerheilung durch genannte Therapie in einer nicht geringen Anzahl von Retroflexionen nicht zu erzielen ist.

Derartige Beobachtungen haben zu den Versuchen einer operativen Behandlung der Retroflexio uteri gedrängt.

Der erste dahinzielende Vorschlag stammt aus dem Jahre 1840. Alquié in Montpellier regte an, dem retroflektierten Uterus durch Verkürzung der ligamenta rotunda seine normale Lage wieder zu geben. Erst im Jahre 1881 kam diese Anregung, wie weiter unten auseinandergesetzt werden soll, zur Ausführung.

Im Jahre 1886 empfahl Olshausen, die Bauchhöhle zu eröffnen und den Uterus an die vordere Bauchwand anzunähen. Dieser Vorschlag fand Beifall; die Operation erfreut sich heute zahlreicher Anhänger.

In der Aprilsitzung des Jahres 1887 der Leipziger Gesellschaft für Geburtshülfe hielt Sänger einen Vortrag „Ueber operative Behandlung der Retroversio -flexio uteri". Er schilderte 7 Fälle von Ventrofixatio uteri, die alle den Erfolg der Heilung hatten. Einen weiteren Fall demonstrierte er in der Sitzung am 20. Februar 1888 derselben Gesellschaft mit ebenfalls günstigem Resultat.

Schücking versuchte die Retroflexio folgendermassen zu beiseitigen. Er führte durch das Lumen des retroflektierten Uterus eine Nadel mit einem Faden derart, dass das eine Ende des Fadens zum äusseren Muttermunde heraussieht, das andere durch den Fundus nach vorn gebracht, zwischen Uterus und hinterer Blasenwand zum vorderen Scheidengewölbe herausgeführt wird. Beide Enden werden fest verknotet, so dass der Uterus in Anteflexionstellung zusammen gebunden wird. Häufige Blasenverletzungen komplicierten diese Operation, so dass sie bald wieder aufgegeben wurde.

Ein weiteres Verfahren stammt von A. W. Freund. Er fixierte nach Scheiden- oder Bauchschnitt

das Collum uteri an die hintere Beckenwand in die Nähe des Ligamentum infundibulo-ovaricum. Diese Operation brachte nicht den erwarteten Erfolg.

Frommel veröffentlichte 7 in solcher Weise operierte Fälle; nur in einem war Heilung eingetreten. Auch diese Methode ist heute nahezu verlassen.

Aus dem Schückingschen Verfahren entwickelte sich die Vaginifixura uteri.

Mackenrodt und Dührssen wandten diese Methode zum ersten Male im Jahre 1892 an. Sie eröffneten die vordere Scheidenwand, schoben die Blase von dem Uterus zurück und nähten dann die vordere Uteruswand an die hintere Vaginalwand an. Diese Operation wurde anfangs mit grossem Enthusiasmus aufgenommen. Bald zeigte es sich jedoch, dass auch sie nicht die Erfolge brachte, die man erwartete. Es stellten sich in vielen Fällen bald nach der Operation die alten Beschwerden wieder ein; bei späterer Gravidität waren zahlreiche Aborte oder schwere Geburtsstörungen zu verzeichnen. Jetzt hat sich herausgestellt, dass zu hohe Fixation des Fundus und ungeeignete Revision des Beckens und der Adnexe die Hauptschuld an den Misserfolgen tragen. Wenn der Uterus in richtiger Höhe fixiert wird und die bei genauer Revision der Adnexe sich etwa findenden pathologischen Verhältnisse in entsprechende Behandlung genommen werden, so sind meist gute Resultate zu verzeichnen.

Vielfache Modifikationen dieser Operationsmethode sind ersonnen. Mackenrodt operierte zunächst extraperitoneal. Indessen trug Dührssens intraperitoneale Methode, die grössere Übersichtlichkeit gestattete, schliesslich den Sieg davon.

Mackenrodt veröffentlichte im Jahre 1894 75 Fälle mit 66 Heilungen; Dührssen berichtete in demselben Jahre über 189 Fälle mit 42 schlechten Resultaten. Von diesen wurden 10 noch einmal operiert und geheilt.

Wertheim wollte die Eröffnung der Bauchhöhle vermieden wissen. Er eröffnete die vordere Scheidenwand, legte die Plica vesico-uterina frei und fixierte die Ligamenta rotunda nach vorn.

Auch Bode operierte in der Leopold'schen Klinik so in 2 Fällen mit gutem Erfolg.

Kiefer eröffnete die vordere Scheidenwand und fixierte dann die Ligamenta rotunda an den Bauchdecken, ohne die Bauchdecken zu eröffnen.

Von den hier angeführten Operationsverfahren konkurrieren zur Zeit die Ventrifixatio, Vaginifixura und die Alquiésche Operation.

Der amerikanische Arzt Alexander in Liverpool folgte dem Vorschlage Alquiés und führte die Operation zum ersten Male im Jahre 1881 aus. Sie hat nach beiden den Namen Alexander-Alquié'sche Operation erhalten.

In Deutschland stand man dieser Operation anfangs sehr skeptisch gegenüber, sowohl wegen der beobachteten Recidive, wie auch aus Unkenntnis der Technik.

v. Winckel und Veit verhielten sich auf dem ersten Gynäkologenkongress zu München im Jahre 1886 sehr ablehnend gegen diese Methode. Erst in neuerer Zeit hat die Alexander-Alquiésche Operation in Werth und Küstner eifrige Anhänger gefunden.

Küstner verzeichnete unter 39 Operierten 32 Erfolge. 7 mal fand sich der Uterus nach der Operation in derselben pathologischen Lage wie vorher.

Werth veröffentlichte 48 Operationen. Bei 35 Nachuntersuchten fanden sich bis nach $6^1/_4$ Jahren post operationem nur in 2 Fällen völlige Recidive.

Strassmann empfiehlt die Alexander-Alquiésche Operation, weil eine später eintretende Gravidität meist ohne Complicationen verläuft.

Auch Rivière, Warde und Werth befürworten aus diesem Grunde die Operation.

Ersterer konnte 17 Schwangerschaften bei nach Alexander-Alquié operierten Frauen beobachten. 2 Frauen abortierten, 2 machten eine Frühgeburt durch und 13 gebaren normal.

Warde sah von 23 Schwangerschaften 22 normal verlaufen, nur 1 mal trat Abort ein.

Bei den 48 von Werth operierten Frauen wurden bei 12 Operierten 19 Schwangerschaften beobachtet, und zwar 18 normale und 1 Abort.

Am 25. November 1898 hielt Flaischlen in der Berliner Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie einen Vortrag „über die Alexander-Adams'sche Operation." Er konnte in 16 Fällen die Verkürzung der Ligamenta rotunda vornehmen. Seine Resultate waren gute, wie die Nachuntersuchung in allen Fällen erwies. Zwei Operierte wurden gravid. Eine von ihnen abortierte — wie Flaischlen angiebt — vielleicht infolge eines äusseren Anlasses.

Flaischlen hat auf Grund seiner Operationen, als Indikation für die Alexander-Alquiésche Operation 3 Punkte aufgestellt.

Die Operation soll vorgenommen werden:

1. bei virgines, bei denen eine Pessartherapie wegen enger Scheide nicht möglich ist;

2. bei Frauen im geschlechtsreifen Alter, wenn eine längere Pessartherapie nicht zum Ziele führt, und wenn die Frauen schwer arbeiten müssen;

3. bei Kombination von Retroflexio mit Prolaps verbindet man die Operation vom Leistenkanal aus mit einer entsprechenden plastischen Operation.

Das Alquiésche Verfahren soll überhaupt nur eingeschlagen werden und ist nur möglich mit Aussicht auf Erfolg, wenn der Uterus vollständig frei beweglich ist, oder durch Lösung etwaiger bestehender Adhäsionen mobilisiert werden kann. Geht dies nicht an, oder besteht eine Adnexerkrankung, so ist die Alexander-Alquiésche Operation stets contraindiciert.

Die Operation hat im Laufe der Zeit verschiedene Modifikationen erlebt.

Casati führte statt der beiden seitlichen Bauchschnitte einen queren Schnitt ein, über den Mons pubis hinweg. Hierdurch soll die Auffindung des äusseren Leistenringes erleichtert werden; das Operationsfeld wird übersichtlicher; ferner werden die entstellenden Narben bald wieder von den wachsenden Pubes verdeckt.

Der Amerikaner Goldspohn verfährt folgendermassen. Nachdem der Leistenring in gewohnter Weise freigelegt ist, führt er den Finger ein und dehnt allmählich den Leistenkanal. Dann dringt er ins Abdomen vor und löst mit dem Finger etwa bestehende Verwachsungen des Uterus. Jetzt werden die Ligamenta rotunda angezogen und nun nicht reseciert, sondern dreifach zusammengefaltet und in üblicher Weise fixiert.

Diese Operation soll den Vorteil einer erweiterten Indikationsstellung für fixierte Retroflexionen haben.

Um den Wert der verschiedenen Operationen, abzuschätzen, ist es heute nicht mehr angängig, nur das unmittelbare Resultat festzustellen, es muss das Dauerresultat erforscht werden.

Hierzu bieten die Journale der Greifswalder Frauenklinik ausgiebige Gelegenheit, da hier die Alexander-Alquiésche Operation in den Jahren 1895 bis 1899 geübt worden ist. Die Operation kam in 49 Fällen zur Ausführung. Von diesen kamen 4 zur Nachuntersuchung. 29 Operierte gaben mir bei der Nachfrage schriftlich Auskunft über ihr Befinden. Von den übrigen 17 war teils der Wohnort nicht festzustellen, teils eine Antwort auch auf wiederholte Anfragen nicht zu erzielen.

Es erscheint mir zweckmässig, in Folgendem zunächst auf die anatomischen Verhältnisse einzugehen und dann die Operationstechnik genauer zu schildern, wie sie von Herrn Geheimrat Pernice ausgeübt wurde.

Anatomie: Das ligamentum rotundum ist im normalen Zustande 12—15 cm lang und hat eine fast ausschliesslich runde Form bei einer Breite von 3—5 mm. Es erstreckt sich von der vorderen Seitenfläche des Uterus, vom Vereinigungspunkte des Ovidukt mit dem Uteruskörper lateral zur Seitenwand des kleinen Beckens. Von hier zieht es etwas nach oben zum inneren Leistenring, durchläuft den Leistenkanal, tritt zum äusseren Leistenring heraus und geht zum Tuberculum pubicum und in die grossen Labien, in denen es fächerförmig endet.

Will man von aussenher an das runde Mutterband heran, so ist zuerst die Haut, dann das Unterhautfettgewebe zu durchtrennen. In diesen verlaufen die Vena und Arteria epigastrica superficialis, darunter

liegt die Aponeurose des Musculus obliquus abdominis externus. Zwischen ihr und den gleich dahinter liegenden Musculi obliquus internus et transversus abdominis verläuft fast parallel zu dem ligamentum rotundum der Nervus ilio-inguinalis. Wenn dieser zur Seite geschoben und die Musculi obliquus internus et transversus abdominis durchschnitten sind, erscheint unmittelbar der Leistenkanal. In ihm liegt das ligamentum rotundum, versorgt von einer kleinen Arterie, die mit der Arteria uterina anastomosiert. Um das Band herum erstreckt sich der Venenplexus der Vena spermatica externa. Schliesslich geht mit dem Ligament durch den Leistenkanal der Nervus spermaticus externus, zusammen mit dem Musculus cremaster, der kleinere Ausläufer zum Ligament entsendet. An der Eintrittsstelle des Bandes in den Leistenkanal fällt sofort der Processus vaginalis peritonei auf, welcher das Ligamentum rotundum vorn und hinten bedeckt. Zieht man nach Spaltung des Leistenkanales das runde Mutterband an, so wölbt sich diese Bauchfellfalte deutlich mit hervor. Hinter dem Leistenkanal, diesen fast rechtwinklig kreuzend, verlaufen die Vasa epigastrica inferiora. In der Gegend des Tuberculum pubicum kreuzen die Vena putenda externa unterhalb und ein Ast der Vena spermatica externa oberhalb des ligamentum rotundum.

Operation: Die Kranke wird in Narkose flach auf den Rücken gelagert, das Operationsfeld gründlich desinficiert. Der Finger sucht die Spina pubis. 2 cm von ihr entfernt wird, nachdem vorher der Uterus in Anteflexionsstellung gebracht ist, ein 10 cm langer Schnitt gemacht in der Richtung des Ligamentum inguinale. Der Schnitt wird vertieft, durchtrennt das

Unterhautfettgewebe, fascia superficialis und die Musculi obliquus internus und transversus abdominis. Die blutenden Gefässe werden sorgfältig unterbunden, der Nervus ilio-inguinalis durchtrennt. Dann wird auf den Leistenkanal eingeschnitten und das Ligamentum rotundum von dem umgebenden Bindegewebe befreit. Man präpariert es bis zum inneren Leistenringe frei. Ebenso wird auf der anderen Seite verfahren. Ist dies beiderseits geschehen, so werden beide Mutterbänder in der Richtung nach oben und aussen angezogen. Bei dem Anziehen tritt der das Ligament umgebende Peritonealtrichter kegelförmig hervor. Er wird beiderseits stumpf zurückgeschoben.

Der in die Scheide eingeführte Finger lässt bei bimanueller Untersuchung erkennen, dass der Uterus normal antevertiert liegt. Durch fortlaufende Catgutnähte werden die Ligamente auf die unter ihnen liegenden Fascien und Muskeln nach oben und aussen fest vernäht und der Leistenkanal geschlossen. Es bleibt so jederseits ein 7—10 cm langes freies Stück des Ligamentum rotundum übrig, welches reseciert wird. Die Muskeln, Fascien und Haut werden nun sorgfältig schichtenweise geschlossen; dann Verband.

Fall 1.

22jähriges, gutgenährtes kräftiges Dienstmädchen Emma A. wurde zunächst im Mai 1895 mit Hodge-Pessar behandelt. Da keine Besserung eintrat, wünschte sie selbst operiert zu werden. Operation am 18. 8. 95 Patientin wird am 13. 9. 95 geheilt entlassen.

Status praesens: Es bestehen starke ziehende Schmerzen in den Narben, besonders bei angestrengter Bauchpresse. Appetit, Stuhlgang, Urin sind in Ordnung. Im März 1898 und November 1899 normale Partus.

Fall 2

40jährige kräftige Frau Amalie P. wurde im Mai 1895 mit Hodge-Pessar behandelt und beschwerdefrei entlassen. Im August 1895 stellte sie sich wieder mit dem alten Leiden ein. Operation am 2. 9. 95. Dieselbe macht Schwierigkeiten, da das Gewebe sehr fettreich ist, und die nur stricknadeldicken Ligamente schwer zu finden sind. Beim Anspannen reisst das eine Ligament. Auf die weitere Operation wird verzichtet und die Operationswunden werden geschlossen. Die Retroflexionsbeschwerden sind auffallender Weise geschwunden. Patientin wird am 21. 9. 1895 entlassen.

Später stellten sich die alten Beschwerden wieder ein.

Fall 3.

21jähriges kräftiges Dienstmädchen Wilhelmine M. wurde anfangs mit Pessar behandelt. Da dies erfolglos wurde am 28. 10. 1895 die Operation vorgenommen. Die runden Bänder sind sehr dünn. Sie werden um 7 cm verkürzt. Ein geringer Grad von Retroflexio bleibt bestehen. Patientin wird am 25. 11. 95 ohne Beschwerden entlassen.

Status praesens: Patientin befindet sich schlecht, hat grosse Schmerzen besonders in den Narben. Sie leidet an Appetitlosigkeit, Obstipation, Inkontinentia urinae; Menses sind unregelmässig.

Fall 4.

29jährige, kräftige Frau Johanna I. wurde am 12. 11. 1895 operirt und am 30. 11. 1895 geheilt entlassen.

Status praesens: Frau I. befindet sich wohl. Leibliche Bedürfnisse sind in Ordnung. Ein Jahr

nach der Operation machte Frau I. einen normalen Partus durch.

Fall 5.

27jährige Frau Ida T. wurde am 17. 3. 1898 operiert. Zuerst wurde wegen Vaginalprolapses die Colporrhaphia anterior gemacht und hinterher die Alexander-Alquiésche Operation. Patientin wurde am 6. 4. 98 geheilt entlassen.

Status praesens: Seit der Operation hat sich Patientin noch nie recht wohl gefühlt. Sie hat beim Gehen und Arbeiten Schmerzen im Unterleib und in den Narben; Stuhlgang und Urin sind unregelmässig, Menses unregelmässig, mitunter sehr stark.

Fall 6.

28jährige Plätterin Bertha W. wurde am 15. 4. 98 operiert und am 6. 5. 98 geheilt entlassen.

Status praesens: Appetit, Stuhlgang, Urin in Ordnung. Menses sind unregelmässig. Einige Tage vor der Menstruation stellen sich stets starke Schmerzen ein.

Fall 7.

24jährige Frau M. Am 8. 12. 95 wird Verkürzung der ligamenta rotunda um 7 cm vorgenommen. Gute Heilung. Patientin wird am 27. 12. 95 entlassen.

Status praesens: Frau M. befindet sich besser als vor der Operation, hat jedoch fast immer einen „wehen Druck“ im Leib und zeitweise stechende Schmerzen in den Narben. Stuhlgang, Urin, Menses in Ordnung.

Fall 8.

37jährige Frau N. wird am 23. 3. 96 operiert und am 15. 4. 96 geheilt entlassen.

Status praesens: Patientin ist sehr zufrieden mit ihrem Zustand. 19 Monate nach der Operation machte sie einen normalen Partus durch.

Fall 9.

27jährige Frau Lina B. wurde früher schon 2 mal per vaginam operiert. Woran, ist zur Zeit nicht mehr festzustellen. Am 26. 3. 96 wurde bei ihr die Alexander-Alquiésche Operation vorgenommen, im April 96 geheilt entlassen.

Status praesens: (nachuntersucht.) Anfangs fühlte sich Frau B. leidlich wohl. Am 9. 8. 97 und 28. 9. 98 wurde sie in hiesiger Klinik normal entbunden. Zur Zeit klagt sie über Schmerzen und Stiche in der linken Seite und im Rücken. Es besteht andauernd Verstopfung. In der rechtsseitigen Narbe befindet sich eine ungefähr Kindesfaust grosse Geschwulst, die beim Husten und Pressen sich stärker hervorwölbt. Man kommt mit dem palpierenden Finger in den inneren Leistenring, durch den die Geschwulst hervorquillt. Die Porkussion ergiebt tympanitischen Schall. Es handelt sich also um eine Hernie. Frau B. ist gravida.

Fall 10.

27jährige Frau Friederike Sch. wurde am 27. 4. 96 operiert. Bei der Operation reisst das linke Ligament. Infolgedessen wird von der weiteren Ausführung der Operation Abstand genommen. Trotzdem befindet sich Frau Sch. zur Zeit leidlich wohl.

Fall 11.

54jährige Malerwitwe Auguste R. war lange Zeit erfolglos mit Pessaren behandelt worden. Am 4. 7. 96 wurden die ligamenta rotunda um 8 cm verkürzt. Eine vollständig normale Lage des uterus konnte nicht erzielt werden. Die Frau wurde gebessert entlassen.

Status praesens: Der noch Monate lang unerträgliche Zustand nach der Operation hat sich in jüngster Zeit sehr gebessert. Leibliche Bedürfnisse sind in Ordnung.

Fall 12.

25jährige Zeugfeldwebelfrau R. wurdeam 17. 10. 96 operiert und am 1. 11. 96 geheilt entlassen.

Status praesens: Zeitweise treten leichte Schmerzen auf. Häufig besteht Drang zum Stuhl. Die Menses sind unregelmässig, stellen sich in Intervallen von 4—8 Wochen ein. Gegen früher fühlt sich Frau R. gebessert.

Fall 13.

26jährige Arbeiterfrau M. wurde am 22. 1. 1897 operiert. Wegen Prolaps der vorderen Scheidenwand und alten Dammrisses wurde zunächst die Colporrhaphia anterior gemacht und die Perineoplastik. Im Anschluss daran die Alexander-Alquiésche Operation. Bei der Operation reisst das ligamentum rotundum dextrum und wird nicht wiedergefunden. Patientin wird am 12. 2. 97 gebessert entlassen, Uterus in sinistro-anteflexio.

Status praesens: Patientin hat starke Schmerzen im Unterleib, leidet an Appetitlosigkeit und zeitweilig an Verstopfung. Die Menses sind sehr unregelmässig. Frau M. abortierte nach der Operation 3 Mal.

Fall 14.

28jähriges Dienstmädchen Elsa L. Eine anfangs vorgenommene Behandlung mit Hodge-Pessar bleibt erfolglos. Am 6. 3. 97 wird die Operation gemacht. Bei dem Versuche das linke Mutterband hervorzuziehen, reisst es. Von der weiteren Ausführung der Operation wird Abstand genommen und die Ventrofixur gemacht.

Fall 15.

30jährige Frau Dr. E. K. wurde am 10. 4. 97 operiert und am 24. 4. geheilt entlassen.

Status praesens: Im September 1897 abortierte Frau K; im Oktober 1898 überstand sie einen normalen Partus. Seitdem stellten sich die alten Beschwerden wieder ein, so dass sich Patientin im April 1899 auf's Neue in einem anderen Krankenhause operieren liess. Die Art dieser Operation ist nicht zu erfahren. Seit der Zeit ist Patientin gesund.

Fall 16.

33jährige Arbeiterfrau L. M. wurde am 3. 8. 97 zunächst wegen Prolaps der vorderen Scheidenwand colporrhaphiert. Im Anschluss daran wurde die Verkürzung der runden Mutterbänder am 8. 8. vorgenommen. Am 25. 8. 97 wurde Frau M. geheilt entlassen.

Status praesens: Frau M. befindet sich völlig wohl. Am 12. 12. 1898 machte sie einen normalen Partus durch.

Fall 17.

35jährige Arbeiterfrau E. K. wurde am 20. 8. 97 operiert und am 7. 9. 97 geheilt entlassen.

Status praesens: Anfangs hatte Patientin noch Schmerzen in den Narben, besonders beim Heben. Im December 1897 trat ein Abort ein. Nachdem sie dann am 16. April 1899 eine schwere Entbindung durchgemacht hatte, ist sie seit dieser Zeit völlig gesund.

Fall 18.

25jährige Schlosserfrau Bertha M. wurde am 17. 9. 97 operiert. Bei der Operation reisst das rechte Band. Der Uterus liegt in Sinistro-anteversio. Patientin wird am 5. 10, 97 geheilt entlassen.

Status praesens: Frau M. befindet sich völlig wohl.

Fall 19.

33jährige Aufseherfrau Auguste Sch. wird am 30. 10. 97 operiert und am 15. 12. 97 geheilt entlassen.

Status praesens: Die Frau klagt über Appetitlosigkeit und Verstopfung. Die Menses stellen sich unregelmässig ein; es bestehen erträgliche Schmerzen im Unterleib. 1898 abortierte sie ein Mal im 4. Monate; jetzt ist sie gravid.

Fall 20.

27jährige Arbeiterfrau Bertha B. wird am 12. 11. 97 operiert. Der Erfolg der Operation ist kein idealer. Der Uterus liegt in Mittelstellung zwischen Ante- und Retroflexio. Patientin wird am 3. 12. 97 gebessert entlassen.

Status praesens: Beim Gehen bestehen starke Schmerzen in den Narben. Sonst erträglicher Zustand.

Fall 21.

28jährige Deputatknechtfrau Henriette M. wird am 1. 12. 97 operiert und am 22. 12. 97 mit eingelegtem Hodge-Pessar geheilt entlassen.

Status praesens: Seit der Operation bestehen dauernd Schmerzen im Unterleib, bei schwerer Arbeit besonders in den Narben. Nachdem im Juli 1899 ein normaler Partus sich ereignet hatte, wurden die Beschwerden noch ärger.

Fall 22.

34jährige Försterfrau B. wurde am 18. 1. 98 operiert. Die Auffindung der ligamenta rotunda ist sehr schwer. Da sie sich schliesslich als minimal dünne Fäden herausstellen, wird von der weiteren Verfolgung des eingeschlagenen Weges Abstand genommen und die Ventrifixur gemacht.

Fall 23.

46jährige Arbeiterfrau Marie H. wurde anfangs mit Pessar behandelt. Da dies erfolglos, wird am 18. 1. 98 die Alexander-Alquiésche Operation vorgenommen. Am 6. 2. 98 wird Patientin bedeutend gebessert entlassen.

Status praesens: Patientin ist sehr schwächlich, mit dem Erfolg der Operation jedoch zufrieden.

Fall 24.

27jährige Arbeiterfrau Johanna D. wurde am 3. 2. 98 operiert und am 20. 2. mit Hodge-Pessar geheilt entlassen. Dies wird nach 4 Wochen entfernt.

Status praesens: (nachuntersucht). Bald nach der Entlassung stellten sich wieder starke Schmerzen ein.

Am 17. 8. 99 kommt Patientin wieder, da seit dem 7. 8. 99 starke Blutung aufgetreten ist und Stücke abgegangen sind. In Narkose wird Patientin untersucht und es werden dabei gleich Abortreste entfernt.

Im Februar 1900 stellt sich Patientin nochmals vor. Es findet sich völlig normaler Zustand, von geringem Seitenstechen abgesehen.

Fall 25.

26jährige Fabrikarbeiterin Christine F. wird am 17. 5. 98 operiert und am 16. 6. geheilt entlassen.

Status praesens: Im Verhältnis zu früher ist bedeutende Besserung eingetreten. Zeitweilig besteht Verstopfung mit Schmerzen in den Narben. Die Menses sind unregelmässig und mit Schmerzen verbunden.

Fall 26.

35jährige Arbeiterfrau Wilhelmine P. wird am 26. 5. 98 operiert und am 16. 6. geheilt entlassen.

Status praesens: Patientin klagt über Schmerzen im Unterleib, besonders Nachts. Stuhlgang ist schmerzhaft, Menses unregelmässig.

Fall 27.

32jährige Arbeiterfrau Auguste L. wird am 17. 6. 98 operiert und am 5. 7. geheilt entlassen.

Status praesens: Patientin ist mit ihrem Zustande garnicht zufrieden; sie leidet oft an Verstopfung, besonders an stechenden Schmerzen in der linken Narbe.

Fall 28. (nachuntersucht)

31jährige Korbmacherfrau Auguste R. wird eine Zeit lang vergeblich mit Thomas-pessar behandelt. Operation am 14. 6. 98, am 30. 6. 98 geheilt entlassen.

Status praesens: Patientin stellte sich am 1. 8. 99 mit ziehenden Schmerzen in den Narben wieder vor. Appetit ist schlecht, Regel sehr stark. Es

bestehen Schwindel und Kopfschmerz. Der Uterus liegt in normaler Anteflexionsstellung.

Fall 29.

26jährige Maurerwittwe Alwine G. wird am 29. 8. 98 operiert und am 14. 9. 98 geheilt entlassen.

Status praesens: Patientin befindet sich ganz wohl; am 17. 8. 99 machte sie einen normalen Partus durch.

Fall 30.

28jährige Schneiderfrau Mathilde B. wird am 10. 10. 98 operiert und am 1. 11. 98 geheilt entlassen.

Status praesens: Die anfänglich bestehenden Schmerzen legten sich bald. Später traten wieder Schmerzen auf, besonders in den Narben. Bei einem am 10. 12. 99 in hiesiger Klinik sich ereignenden Partus, der normal verlief, traten die Schmerzen in den Narben recht arg auf. Jetzt befindet sich die Frau gesund.

Fall 31. (nachuntersucht)

24jährige Steinschlägerfrau Anna L. wird am 17. 10. 98 operiert und am 1. 11. geheilt entlassen.

Status praesens: Patientin ist gesund. Zur Zeit gravida im 9 Monat, war sie behufs ihrer Entbindung in die Klinik aufgenommen worden. Sie verliess die Klinik heimlich.

Fall 32.

29jährige Senffabrikantenfrau Edelinde B. wird am 17. 1. 99 operiert. Bei der Operation reisst das rechte Ligamentum rotundum. Patientin wird mit ziehenden Schmerzen in den Narben am 9. 2. 99 gebessert entlassen.

Status praesens: Patientin hat starke Schmerzen in den Narben, kann sich nicht fortbewegen. Zur Zeit ist sie gravida.

Überblicken wir diese 32 Fälle noch einmal, so finden wir, dass eine völlige Heilung der Retroflexio nur in 6 Fällen eingetreten ist und zwar in 8, 15, 16, 18, 29, 31. Im Falle 15 erst, nachdem Patientin einer zweiten Operation, die ausserhalb unseres Gesichtskreises liegt, sich unterzogen hat. Die übrigen Patienten klagen alle mehr oder weniger über Störungen beim Stuhlgang, Urinieren und über Menstruationsbeschwerden.

Besonders unangenehm machen sich in 12 Fällen 1, 3, 5, 7, 17, 20, 21, 25, 27, 28, 30, 32, ziehende oder stechende Schmerzen in den Narben bemerkbar, die mitunter so arg auftreten, dass die Frauen arbeitsunfähig sind und sich nicht mehr bewegen können, wie es Fall 32 lehrt.

Im Falle 9 sehen wir, dass sich nach der Operation in der Narbe eine Leistenhernie eingestellt hat.

Graviditäten finden sich 23 mal. 11 Geburten erfolgten normal, 1 Geburt schwer. 4 Operierte sind zur Zeit noch gravid.

In den übrigen 7 Fällen 13, 15, 17, 19, 24 abortierten die Frauen.

3 mal wurde die Alexander-Alquiésche Operation ausgeführt 5, 13, 16, nachdem vorher bereits wegen Prolaps und Dammriss Colporrhaphie und Perineoplastik ausgeübt war. 6 mal 2, 10, 13, 14, 18, 32 rissen die ligamenta rotunda beim Anspannen, so dass die Operation nur teilweise oder überhaupt nicht zur Ausführung kam. An ihre Stelle trat dann die Ventrifixatio uteri. In Fall 22 fanden sich die Ligamente

so kümmerlich entwickelt, dass sie nur mühsam aufzufinden waren. Als dies endlich gelungen war, musste doch von der Ausführung der Operation Abstand genommen werden, da die äusserst schwachen Bänder beim Versuche sie zu spannen, höchst wahrscheinlich gerissen wären.

Flaischlens Forderung, dass die Operation nur bei mobilem Uterus ausgeführt werden soll, ist allgemein anerkannt. Diese Forderung schränkt ihre Ausübung bedeutend ein. Die Operation würde sogar noch viel weniger zur Anwendung kommen, wenn nicht häufig bestehende Verwachsungen dem Untersucher entgingen. Die Beschwerden, welche sich nach der Heilung bei den meisten eben angeführten Patienten wieder eingestellt haben, sind auf solche Synechieen zurückzuführen.

Die weitere Forderung, dass die Operation nur im geschlechtsreifen Alter ausgeführt werden soll, so lange die Ligamenta rotunda kräftig entwickelt sind, begrenzt ihre Anwendung weiterhin um ein Beträchtliches.

In den Fällen 2, 10, 13, 14, 18, 22, 32 handelt es sich um Patienten im Alter von 25—40 Jahren. Bei allen waren die Ligamente so schwach entwickelt, dass sie bei dem geringsten Spannungsversuche rissen. Der Erfolg der Operation war also ein negativer.

Daraus ergiebt sich, dass auch bei Frauen im geschlechtsreifen Alter — es handelt sich meist um wohlentwickelte kräftige Personen — die ligamenta rotunda so schwach sein können, dass sie von vornherein den Misserfolg der Operation garantieren.

Andererseits kann wiederum das umgebende Gewebe so fettreich sein, dass die Auffindung der

runden Mutterbänder sehr schwierig ist, und so die Operation bedeutend erschwert wird.

Dies sind anatomische Bedenken, die die Ausführung der Operation nicht empfehlen.

Sehr viel zu denken giebt der Umstand, dass wir im Verhältnis zu den normal verlaufenden Geburten eine Menge Aborte vorfinden.

Rivière, Warde und Werth haben nur einen ganz geringen Prozentsatz von Aborten zu verzeichnen. Strassmann empfiehlt sogar direkt die Alexander-Alquiésche Operation, weil sie für später eintretende Gravidität die günstigsten Aussichten verspricht.

In unseren Fällen war das Resultat ein ungünstiges.

Wie bereits angeführt, endeten von 19 Schwangerschaften 12 mit der Geburt des Kindes, während in 7 Fällen die Frauen abortierten.

Vom kosmetischen Standpunkte lässt sich gegen die Operation das Zurückbleiben entstellender Narben einwenden.

Wichtiger ist, dass sich in diesen Narben später Hernien bilden können. Kommen sie auch nicht gerade sehr häufig vor, so können sie doch durch ihr Vorhandensein die Gefahren mit sich bringen, welche das Bestehen einer Hernie bedingt. Im Falle 9 hat die Nachuntersuchung das Bestehen eines Bruches erwiesen.

Krönig-Feuchtwanger berichten in der Arbeit „Orthopädische Resultate der Alexander-Adams'schen Operation" über 2maliges Auftreten von Hernien unter 136 Operierten.

Durch die Operation ist eine Continnitätstrennung der Bauchdecken bedingt. Unsere Beobachtungen und die von Krönig-Feuchtwanger beweisen, dass

es nicht immer gelingt, auch bei exaktester Naht, das Auftreten eines Bruches auszuschliessen.

Als Vorzug der Alexander-Alquièschen Operation wird gerühmt, dass sie durchaus extraperitoneal ist, und so die Gefahren, welche eine Eröffnung der Bauchhöhle nach sich ziehen kann, nicht zu fürchten sind.

Dem könnte erwidert werden, dass bei dem heutigen Stande der Antisepsis eine Coeliotomie nicht mehr die Gefahren hat, wie früher. Abgesehen davon wird aber durch Eröffnung des Abdomens das Operationsfeld übersichtlich. So können etwaige Adnexerkrankungen oder bestehende Adhaerenzen, die dem untersuchenden Finger bei der Exploration entgangen sind, sicher nachgewiesen und beseitigt werden, da sie klar vor dem Auge des Operateurs liegen.

Eine nicht seltene Complication der Retroflexio ist der Prolaps.

3 Fälle konnte ich nachweisen, in denen erst die Colporrhaphie wegen bestehenden Prolapses, ausserdem 1 mal Perineauxesis wegen alten Dammrisses gemacht wurde; dann erst die Alexander-Alquiésche Operation zur Beseitigung der Retroflexio.

In solchen Fällen wäre die Vaginifixur sicherlich vorzuziehen, da man hierbei von einer gesetzten Wunde aus beide Uebelstände beseitigen kann, ausserdem noch ein übersichtliches Operationsfeld vor sich hat.

Kommen wir nun zu einem abschliessenden Urteil über die Alexander-Alquiésche Operation, so müssen wir Folgendes feststellen:

1. Die Alexander-Alquiésche Operation ist nur bei völlig mobilem Uterus anzuwenden.

2. Die Unmöglichkeit, etwa bestehende Adnexerkrankungen und perimetritische Verwachsungen zu erkennen oder letztere zu lösen, spricht gegen die Ausführung der Operation.

3. Schlecht entwickelte ligamenta rotunda erschweren die Operation oder machen sie unmöglich.

4. Als Folgen der Operation treten häufig Aborte ein.

5. Es bleiben entstellende Narben zurück.

6. In den Narben treten Hernien auf.

7. Bei Complication von Retroflexio mit Prolaps ist die Vaginifixur vorzuziehen, welche gestattet, beides von einer Wunde aus zu beseitigen.

Herrn Prof. Dr. A. E. Martin für die Ueberweisung und Unterstützung bei der Arbeit meinen verbindlichsten Dank! Ebenso Herrn Privatdozenten Dr. Jung für die Anregung und Belehrung, die er mir während meiner fast 1jährigen Thätigkeit als Volontär in der Frauenklinick zu Teil werden liess!

Litteratur.

Archiv für Gynäkologie Bd. XLVII Heft 2.

„ „ „ „ XLIV „ 2.

Bode, Weiteres über die intraperitoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda zur Heilung der Retroflexio uteri mittelst Laparotomia vaginalis anterior.

Centralblatt für Gynäkologie 1886 No. 43.

„ „ „ 1888 „ 2, 3, 11, 12, 42.

„ „ „ 1889 „ 42.

„ „ „ 1890 „ 6, 8, 29.

„ „ „ 1891 „ 13, 16, 26.

„ „ „ 1892 „ 25, 47.

„ „ „ 1893 „ 30.

„ „ „ 1895 „ 7, 8, 14.

Flaischlen, Über die Alexander-Adamssche Operation.

Fritsch, Lageveränderungen der Gebärmutter.

Joessel-Waldeyer, Topographisch-chirurgische Anatomie Bd. II.

Johnson, F. W., The Alexander Operation.

Kiefer, Über vaginale Antefixationsmethoden.

Löhlein, Gynäkologische Tagesfragen.

Martin, A., Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Band 1, 2, 4, 9, 10, 11.

Müller, W., Beitrag zur operativen Behandlung der Retroversio-flexio uteri. Inaug. Diss. Würzburg 1896.

Pozzi, Lehrbuch der klinischen und operativen Gynäkologie.

Rubesca, Operative Behandlung der Retrodeviationen des Uterus.

Schepers, A., Operative Behandlung der Retroflexio uteri. Inaug. Diss. Greifswald 1890.
Schroeder-Hofmeyer, Handbuch der weiblichen Geschlechtsorgane.
Veit, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.
Winckel, F., Lehrbuch der Frauenkrankheiten.
Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Band 11 Heft 2.
" " " " " " 18 " 3.
" " " " " " 24 " 2.
" " " " " " 26 " 2.
" " " " " " 27 " 2.

Lebenslauf.

Alfred, Carl, Wilhelm Wieland, evangelischer Konfession wurde am 25. Februar 1876 zu Angermünde geboren. Meine Schulbildung genoss ich auf der höheren Knabenschule zu Angermünde, dem Joachimsthalschen Gymnasium zu Berlin und dem Wilhelms Gymnasium zu Eberswalde. Hier bestand ich Michaelis 1895 das Abiturium. Zum Studium der Medizin hielt ich mich 5 Semester in Greifswald auf, dann 2 Semester in Marburg und bis zum Staatsexamen wieder in Greifswald. Michaelis 1897 bestand ich das Physikum, im März 1900 das Examen rigorosum und im November 1900 das Staatsexamen.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Dozenten:

In Greifswald:

Arndt, Ballowitz, Bier, Bonnet, Busse, Grawitz, Helferich, Hoffmann, Jung, Leick, Loeffler, Limpricht, Martin, Mosler, Peiper, Pernice, Richarz, Schirmer, Schulz, Schütt, Solger, Strübing.

In Marburg:

Ahlfeld, Behring, Enderlen, Küster, Mannkopf, Meyer, Wernicke.

Als Volontär war ich thätig in der Chirurg. Klinik zu Marburg, in der Augen-, Medizinischen- und Frauenklinik zu Greifswald.

Thesen.

I.

Die Dauerresultate der Alexander-Alquiéschen Operation empfehlen ihre Anwendung nicht.

II.

Beaufsichtigung der Schulen durch Aerzte ist dringend anzuraten.

III.

Bei Hypertrophie der Nasenmuscheln ist die Behandlung mit dem Ferrum candens das beste Verfahren.